

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ (РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

© И. В. Зорин, А. В. Зорин

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», кафедра факультетской педиатрии,

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить клинико-лабораторные и морфологические особенности гломерулопатий у детей Оренбургской области.

Проведен анализ историй болезни 33 детей с гломерулопатиями, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ММУЗ «МГКБ №6» г. Оренбурга за период 2004–2008 гг. Определены особенности генеалогического, медико-биологического анамнеза и клинико-параклинических проявлений гломерулопатий у детей Оренбургской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди больных гломерулопатиями преобладали девочки — 51,5 % (n=17).

В 42,4 % (n=14) дебют заболевания отмечался в возрасте от 1 до 3-х лет.

Связь дебюта заболевания с инфекционным фактором в анамнезе отмечалась у 22 больных (66,6%).

Длительность заболевания составляла: до 3-х лет 66,6 % (n=22), более 5 лет — 34,4 % (n=11).

Генеалогический анамнез по нефропатиям был отягощен у 54,5 % пациентов (n=18).

В нозологической структуре гломерулопатий преобладали: идиопатический нефротический синдром — 27,3 % (n=9), врожденные и наследственные нефропатии — 21,2 % (n=7), хронический гломерулонефрит, нефротическая форма — 21,2 % (n=7), хронический гломерулонефрит, гематурическая форма — 15,2 % (n=5), хронический гломерулонефрит, смешанная форма — 9 % (n=3).

Из 16 детей с нефротическим синдромом, у 14 пациентов диагностирован гормоночувствительный вариант, гормонозависимый и гормонорезистентный варианты установлены у 1 ребенка каждый.

Клинические проявления дебюта заболевания характеризовались изолированной гематурией у 21,2 %

(n=7), изолированной протеинурией — у 12,2 % (n=4), протеинурией в сочетании с гематурией — 3 % (n=1), неполным нефротическим синдромом — 33,3 % (n=11), полным нефротическим синдромом — 15,2 % (n=5), нефротическим синдромом в сочетании с гематурией и артериальной гипертензией — 12,2 % (n=4), нефротическим синдромом в сочетании с артериальной гипертензией — 3 % (n=1).

Прогрессирующее течение в виде присоединения синдрома ренальной артериальной гипертензии имело место у 1 пациента.

Нефробиопсия выполнена 7 больным (21,2%) на базе ГУЗ «Областная детская клиническая больница». У 3-х больных с гематурией и артериальной гипертензией верифицированы морфологические диагнозы: Ig A — нефропатия, очаговый мезангио-пролиферативный гломерулонефрит, экскрапиллярный гломерулонефрит; у 2-х больных с идиопатическим стероидрезистентным нефротическим синдромом фокально-сегментарный гломерулосклероз; у 2 больных с изолированной микрогематурией — болезнь тонких базальных мембран.

ВЫВОДЫ

В нозологической структуре гломерулопатий преобладали пациенты с нефротическим синдромом (n=16).

Среди больных гломерулопатиями преобладала длительность заболевания до 3-х лет, возраст дебюта заболевания от 1 до 3-х лет (42,4 %).

Среди больных с гломерулопатиями преобладали девочки (51,5 %).

В морфологической структуре гломерулопатий преобладали: фокально-сегментарный гломерулосклероз и болезнь тонких гломерулярных базальных мембран.

Прогрессирующее течение заболевания отмечалось у 1 пациента с хроническим очаговым мезангио-пролиферативным гломерулонефритом.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С МИНИМАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ IGE К БАКТЕРИАЛЬНЫМ И ГРИБКОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ

© Н. Г. Иванова, Е. А. Корниенко

Клиническая больница с поликлиникой РАН, Санкт-Петербург;

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

ЦЕЛЬ

Сравнить особенности микробиоценоза толстой кишки у детей с нефротическим синдромом

с минимальными изменениями (НСМИ) и детей с атопическим дерматитом (АД), имеющих повы-

шение IgE к бактериальным и грибковым аллергенам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 108 детей и подростков от 1 года до 18 лет, из них 58 — с НСМИ, 50 — с atopическим дерматитом. Изучение микрофлоры кишечника у пациентов с НСМИ и АД проводили согласно приказу Минздрава России (ОСТ 91500.11.0004-2003). У пациентов с НСМИ и atopическим дерматитом оценивали клинические проявления аллергии, результаты определения в сыворотке крови общего IgE и специфических IgE к аллергенам в иммуноферментных тест-системах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительное исследование у 58 детей с НСМИ и у 50 — с АД частоты сенсибилизации к пищевым (91,4% и 96,0%, $p > 0,05$), бытовым (79,3% и 66%, $p > 0,05$), пылевым (31,0% и 20,0%, $p > 0,05$), бактериальным и грибковым (27,6% и 40,0% $p > 0,05$) аллергенам не показало статистически значимых различий. Из 58 — у 12 (20,7%) пациентов с НСМИ, имеющих сенсибилизацию к *Staph. aureus* по результатам повышения специфических IgE в крови, выделен *Staph. aureus* из фекалий в концентрации $3,42 \pm 0,29$ LgKOE/г, что достоверно выше среднего уровня ($3,42 \pm 0,29$ LgKOE/г и $1,07 \pm 0,2$ LgKOE/г соответственно, $p < 0,05$). Из 58 — у 13 (22,4%) детей с НСМИ, имеющих сенсибилизацию к *Candida albicans* по результатам повышения специфических IgE в крови, выделены *Candida albicans* из фекалий в концен-

трации $4,5 \pm 0,21$ LgKOE/г, что достоверно выше среднего уровня ($4,5 \pm 0,21$ LgKOE/г и $2,72 \pm 0,32$ LgKOE/г соответственно $p < 0,05$). Пролиферация *Staph. aureus* и *Candida albicans* в фекалиях у 28 детей с НСМИ с клиническими проявлениями аллергии и сенсибилизацией к аллергенам достоверно выше, чем у 30 с латентной сенсибилизацией к аллергенам (71,4% и 10,0%; 43,1% и 16,7% соответственно, $p < 0,05$). У 15 (30%) пациентов с atopическим дерматитом, имеющих сенсибилизацию к *Staph. aureus*, выделен стафилококк из фекалий в концентрации $4,42 \pm 0,29$ LgKOE/г, что выше среднего уровня в кале у всех детей с atopическим дерматитом ($4,42 \pm 0,18$ и $2,68 \pm 0,31$ LgKOE/г соответственно, $p < 0,05$). У 7 (14%) детей с atopическим дерматитом, имеющих сенсибилизацию к *Candida albicans*, выделена *Candida albicans* из фекалий в концентрации $3,9 \pm 0,21$ LgKOE/г, что достоверно выше, чем в среднем уровень у всех детей с atopическим дерматитом ($3,9 \pm 0,21$ и $2,26 \pm 0,37$ LgKOE/г соответственно, $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Установлена прямая корреляция частоты сенсибилизации к *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* и уровня колонизации ими кишечника у детей с atopическим дерматитом и НСМИ, имеющих клинические проявления аллергии и сенсибилизацию к аллергенам. При пролиферации *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* в фекалиях у детей с НСМИ следует определять в крови специфические иммуноглобулины IgE к бактериальным и грибковым аллергенам, проводить целенаправленную терапию.

К ВОПРОСУ О SPINA BIFIDA OCCULTA

© Е. О. Калиничева

СПбГМА им. И. И. Мечникова, кафедра педиатрии, Санкт-Петербург

Spina bifida occulta (SBO) — нарушение слияния дуг позвонков, не сопровождающееся формированием спинномозговой грыжи. В начале XX в. Fuchs и Mattauschek предложили имевшую впоследствии многих сторонников теорию миелодисплазии, согласно которой указанная патология может являться одной из причин развития энуреза. Это связано с вероятным сдавлением при ней спинного мозга, главным образом, мозгового конуса и конского хвоста, где расположены спинальные центры регуляции мочеиспускания. В последние десятилетия большинством авторов данная взаимосвязь опровергнута. Однако до настоящего времени многие практикующие врачи еще продолжают придавать ей

определенное значение, в недалеком прошлом даже проводилось оперативное лечение энуреза при SBO [Козарев В. А. (1986)].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Исследование взаимосвязи SBO с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП). Кроме того, мы решили проанализировать, встречаются ли при SBO клинические признаки локального (в пояснично-крестцовой области) дизэмбриогенеза, очень часто обнаруживаемые при *spina bifida aperta*. Нами обработаны 54 истории болезни детей в возрасте от 8 до 17 лет, находившихся на лечении во II детском ортопедическом отделении СПбНЦЭР